

## Grünes Rezept soll Verordnung erleichtern

Brigitte M. Gensthaller, München / Das grüne Rezept ist in deutschen Arztpraxen weit verbreitet und wird von den Ärzten auch genutzt. Wie Patienten mit der selbst zu bezahlenden Verordnung umgehen, ist allerdings noch unklar.

Bislang wurden mehr als 100 bis 150 Millionen Formulare des werbefreien grünen Rezepts gedruckt und den Vertragsärzten kostenlos zur Verfügung gestellt, sagte Dr. Eckard Bauer von der ABDA bei einer Pressekonzferenz des Komitee Forschung Naturmedizin (KFN) in München. Grundsätzlich könne der Arzt das Formular auch als Privat Rezept nutzen; man habe es jedoch gezielt für die Verordnung von Phytopharmaka und anderen OTC-Produkten konzipiert. Auch wenn es keine rechtliche Vorschrift dafür gibt, werden die Apotheker das verordnete Produkt tatsächlich abgeben und nicht »wild austauschen«, beruhigte Bauer einige Kritiker. Es bestehe »keine Tendenz zur Substitution«, sofern der Patient dies nicht ausdrücklich wünscht. Für Professor Dr. Michael Popp, KNF-Vorsitzender und Chef der Bionorica AG, ist »Aut-idem bei Phytopharmaka gar nicht möglich«. Die Apotheker sollten sich noch intensiver mit den besonderen Therapierichtungen befassen, um sich als Fachleute für diese Therapeutika zu profilieren, empfahl er.

Wie die Kunden mit den grünen Rezepten umgehen, ist statistisch kaum zu erfassen, erklärte Bauer. Eine bundesweite Patientenbefragung sei bislang nicht erfolgt. Nach Aussagen von Dr. Diethard Sturm, stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Hausärzterverbandes, haben bei einer Umfrage im letzten November – also vor Einführung des GMG – 50 Prozent der Patienten gesagt, dass der Arzt statt des selbst zu bezahlenden ein erstattungsfähiges Arzneimittel verordnen solle. Möglicherweise müssen sich Patienten erst daran gewöhnen, verordnete Arzneimittel in der Apotheke komplett selbst zu bezahlen, vermutet Bauer. Daher sollte man auch die Daten über Umsatzeinbrüche im ersten Quartal vorsichtig bewerten. /

## Verzögerung bei RSA-Umstellung

Daniel Rücker, Köln / Bis zum Jahr 2007 soll der Risikostrukturausgleich (RSA) umgestellt werden. Neue Berechnungsgrundlage soll die Morbidität der Versicherten sein. Ob die Regierung den Termin halten kann, ist jedoch zweifelhaft.

Prominenter Skeptiker einer termingerechten Umstellung ist der Gesundheitsökonom Professor Dr. Jürgen Wasem von der Universität Duisburg-Essen. Er arbeitet selbst am Konzept für den neuen RSA mit. Nach dem RSA-Reformgesetz sollte bis zum Jahresende 2003 ein Klassifikationsmodell für einen Finanzausgleich entwickelt werden, der sich stärker als bislang am Gesundheitszustand der Versicherten einer Krankenkasse orientiert. Doch die notwendigen Versicherten-daten aus den Jahren 2001 und 2002 standen nicht rechtzeitig zur Verfügung, sagte Wasem auf einer Veranstaltung von Business Forum 21 in Köln.

Grundsätzlich hält der Wissenschaftler eine Umstellung des RSA für sinnvoll. Der heute stark an demographischen Kriterien orientierte Finanzausgleich hätte Kassen motiviert, um gesunde Versicherte zu werben. Diese Risikoselektion stehe jedoch einem Wettbewerb um Effizienz im Wege.

Der neue RSA soll Anreize für Krankenkassen schaffen, kranke Menschen kostengünstig zu versorgen. Für die Bere-

chnung der Morbidität einer Kasse gibt es dabei verschiedene potenzielle Variablen. So geben stationäre und ambulante Diagnosen ebenso Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten einer Kasse wie die verordneten Arzneimittel. Die Kriterien Alter und Geschlecht könnten eventuell auch eine Rolle spielen, seien jedoch deutlich niedriger zu gewichten, so Wasem.

Die neue Berechnung des RSA muss vor allem zwei Kriterien erfüllen. Sie muss die Morbidität weitgehend korrekt widerspiegeln und sie darf keine falschen Anreize setzen. Würden etwa hohe Arzneimittelkosten aus dem RSA erhöhen, dann könnte dies zu mangelnder Kostendisziplin in diesem Sektor führen. Dasselbe gilt für stationäre und ambulante Behandlungen. Wie Wasem ausführte, sei es deshalb zwingend notwendig, verschiedene Kriterien, etwa ambulante und stationäre Versorgung, oder stationäre Versorgung und Arzneimittelkosten miteinander zu kombinieren.

Ob sich der zeitliche Ablauf der Umstellung halten lässt, wird sich nach Wasems Einschätzung in den nächsten Monaten klären. Sollten die notwendigen Daten nicht bis zum Jahresende zur Verfügung stehen, wäre 2007 nicht mehr zu halten. /



Foto: Foto Mille, Dorf Tirol

### Pharmacon Meran

Der Meraner Fortbildungskongress findet stetig mehr Freunde: Die Zahl von mehr als 700 Teilnehmern in diesem Jahr wertet Johannes M. Metzger, Präsident der Bundesapothekerkammer, als deutliches Zeichen für den großen Fortbildungswillen der Kollegen. »Auf die politischen Herausforderungen antworten die Apotheker mit einer Beratungs-, Bildungs- und Ausbildungs-offensive«, betonte Metzger vor Journalisten in Meran. Auch der Tag der Apotheke am 24. Juni werde im Zeichen der Bildungs-offensive stehen. ABDA-Präsident Hans-Günther Friese nutzte die Gelegenheit, eine strikte Aufklärung der kürzlich in den Medien erhobenen Betrugsvorwürfe zu fordern. Der Berufsstand habe ein originäres Interesse daran, etwaige Manipulationen aufzudecken und schwarze Schafe zu identifizieren. Dies sei man der weitaus überwiegenden Zahl der korrekt arbeitenden Apotheker und der Öffentlichkeit schuldig. Im Bild (von links): ABDA-Pressesprecher Elmar Esser, BAK-Präsident Johannes M. Metzger, ABDA-Präsident Hans-Günther Friese und BAK-Vorstandsmitglied Dr. Bernd Pietzner. /